大阪府トラック協会

令和4年度 定期健康診断受診票

事業所名		会員番号		
フリガナ		性別	生年月日	年齢
氏名		男 女	S H 年 月 日	
会社住所				

※上記太枠内のみご記入ください。

受診日		受診番号		食後時間	□□.□ 時間

検査項目				今回値
身体計測	身長	(cm)		□□□.□ cm
	体重	(kg)		□□□.□ kg
	腹囲	(cm)		□□□.□ cm
視力	右	裸眼	(矯正)	□.□ (□.□)
	左	裸眼	(矯正)	□.□ (□.□)
聴力	検査方法			オージオ
	右	1000 Hz		1. 所見なし 2. 所見あり
		4000 Hz		1. 所見なし 2. 所見あり
	左	1000 Hz		1. 所見なし 2. 所見あり
		4000 Hz		1. 所見なし 2. 所見あり
尿検査	糖			1. (-) 2. (±) 3. (+) 4. (2+) 5. (3+)
	蛋白			1. (-) 2. (±) 3. (+) 4. (2+) 5. (3+)
	生理中			1. はい 2. いいえ
血圧	1回目	(mmHg)		□□□/□□□
	2回目			□□□/□□□

検査項目	今回値
血液	No.
撮影日 / 心電図	No.
撮影日 / 胸部X線	直・間・デ No.
診察	1. 異常なし 2. 不整脈 3. 結膜貧血様 4. 甲状腺腫 5. 心音異常 6. 呼吸音異常 7. 皮膚疾患 8. その他 ( ) 診察医 ＿＿＿＿

コロナウイルス感染症予防対策にご協力下さい！

受診時の注意事項（※健康診断を受診できない場合もございます）

①マスク着用がない場合は施設内に入ることができません。

②体調不良の方は来場を控えて下さい。（体温 37.5 度以上の場合等）

③混雑時には時間を区切り入場制限をさせていただく場合もあります。

問診事項

当てはまるものがあれば、○を入れてください。　太枠の部分のみご記入ください。

1~3. 現在、aからcの薬の使用の有無

1. a:血圧を下げる薬　1:はい　2:いいえ
2. b:血糖を下げる薬またはインスリン注射　1:はい　2:いいえ
3. c:コレステロールや中性脂肪を下げる薬　1:はい　2:いいえ

4. 医師から、脳卒中（脳出血、脳梗塞等）にかかっていると言われたり、治療を受けたことがありますか。　1:はい　2:いいえ
5. 医師から、心臓病（狭心症、心筋梗塞等）にかかっていると言われたり、治療を受けたことがありますか。　1:はい　2:いいえ
6. 医師から、慢性腎臓病や腎不全にかかっていると言われたり、治療（人工透析など）を受けたことがある。　1:はい　2:いいえ
7. 医師から、貧血と言われたことがある。　1:はい　2:いいえ
8. 現在、たばこを習慣的に吸っている。（6ヶ月以上又は合計100 本以上吸っており、最近1ヶ月間も吸っている）　1:はい　2:いいえ
9. 20歳の時の体重から10kg以上増加している。　1:はい　2:いいえ
10. 1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施している。　1:はい　2:いいえ
11. 日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施している。　1:はい　2:いいえ
12. ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速い。　1:はい　2:いいえ
13. 食事をかんで食べる時の状態はどれにあてはまりますか。
    1：何でもかんで食べることができる
    2：歯や歯ぐき、かみあわせなど気になる部分があり、かみにくいことがある
    3：ほとんどかめない
14. 人と比較して、食べる速度は?　1:速い　2:ふつう　3:遅い
15. 就寝前の2時間以内に夕食を取ることが週に3回以上ある。　1:はい　2:いいえ
16. 朝昼夕の3食以外に、間食や甘い飲み物を摂取する頻度は?　1:毎日　2:時々　3:ほとんど摂取しない
17. 朝食を抜くことが週に3回以上ある。　1:はい　2:いいえ
18. お酒（清酒、焼酎、ビール、洋酒など）を飲む頻度は?　1:毎日　2:時々　3:ほとんど飲まない（飲めない）
19. 飲酒日の1日当たりの飲酒量は?　1:1合未満　2:1~2合未満　3:2~3合未満　4:3合以上
    日本酒1合（180ml）の目安:ビール500ml、（焼酎25度／110ml）、ウイスキーダブル1杯（60ml）、ワイン2杯（240ml）
20. 睡眠で休養が十分とれている。　1:はい　2:いいえ
21. 運動や食生活等の生活習慣を改善してみようと思いますか?
    1:改善するつもりはない　2:改善するつもりである（概ね6ヶ月以内）　3:近いうちに（概ね1ヶ月以内）・少しずつ始めている
    4:既に改善に取り組んでいる（6ヶ月未満）　5:既に改善に取り組んでいる（6ヶ月以上）
22. 生活習慣病の改善について保健指導を受ける機会があれば、利用しますか?　1:はい　2:いいえ

自覚症状

自覚症状があれば、○を入れてください。

1. **特になし**
2. 疲れがひどい
3. めまいがする
4. 頭痛がする
5. 肩がこる
6. 腰が痛む
7. 脈がとぶ
8. 動悸がする
9. 手足がむくむ
10. 耳鳴りがする
99. その他（　　）

《女性のみお答えください》

21. 生理中
22. 妊娠中
23. 妊娠の疑いがある

※妊娠中、妊娠の疑いがある方はレントゲン不可となります。

既往歴・現病歴

下の一覧の中に、現在治療中の病気または、これまでにかかった病気がありますか。
病気にかかった年齢及び、病気の経過を 1-4 の中から選び、記入してください。

経過　1 治療中　2 経過観察中　3 放置中　4 治癒

	年齢	経過		年齢	経過		年齢	経過		年齢	経過
1. **特になし**			7. 胃潰瘍			12. 狭心症			17. C型肝炎		
2. 高血圧症			8. 十二指腸潰瘍			13. 不整脈			18. 尿路結石症		
3. 糖尿病			9. 気管支喘息			14. 胆石			19. 前立腺肥大		
4. 脂質異常症			10. 肺結核（肺浸潤）			15. 脂肪肝			20. 子宮筋腫		
5. 痛風・高尿酸血症			11. 心筋梗塞			16. B型肝炎			98. その他（　）		
6. 脳梗塞									99. その他（　）		